

Editorial: Hospital Metropolitano
ISSN (impreso) 1390-2989 - **ISSN (electrónico)** 2737-6303
Edición: Vol. 29 (suppl 2) 2021 - noviembre
DOI: <https://doi.org/10.47464/MetroCiencia/vol29/supple2/2021/10-11>
URL: <https://revistametrociencia.com.ec/index.php/revista/article/view/333>
Pág: 10-11

Accidente cerebrovascular en paciente joven: ventrículo izquierdo no compactado y fracción de eyección reducida una combinación peligrosa

INTRODUCCIÓN

El ventrículo izquierdo no compactado es una cardiomiopatía caracterizada por el aspecto morfológico esponjoso del miocardio ventricular izquierdo que resulta del aumento de la trabeculación, de los recessos intertrabeculares y que genera que el miocardio ventricular tenga dos capas diferentes, el trabeculado y el no trabeculado.

CASO CLÍNICO

Paciente de 46 años con diagnóstico reciente de diabetes mellitus tipo 2 insulino-requiriente quien consultó al servicio de urgencias por vértigo súbito, inestabilidad para la marcha y parestesias en miembro inferior derecho. Se sospechó un síndrome neurovascular agudo y en la tomografía simple de cráneo se evidenció una hipodensidad cerebelosa izquierda, compatible con un evento izquierdo en el territorio de la arteria cerebelosa posteroinferior izquierda. Dicho diagnóstico se corroboró con una resonancia magnética contrastada de cerebro que reportó múltiples lesiones isquémicas en diferentes territorios vasculares y de diferente estado de evolución, altamente sugestivas de cardioembolismo (Fig. 1). En la ecocardiografía transtorácica se describió un ventrículo izquierdo dilatado con aumento de trabeculaciones en el ápex y fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) estimada del 22%, sin valvulopatías significativas asociadas (Fig. 2). Ante la sospecha de no compactación del ventrículo izquierdo, se realizó una resonancia magnética contrastada de corazón documentando deterioro grave de la FEVI (12%), dilatación del ventrículo izquierdo, ausencia de trombos intracavitarios, sin zonas de realce tardío compatibles con isquemia y aumento de las trabeculaciones en los segmentos apicales con una relación de ventrículo no compactado/compac-

tado de 3.4, con lo que se confirmó el diagnóstico de cardiomiopatía por no compactación del ventrículo izquierdo (Fig. 3). A la revisión por sistemas el paciente refería disnea de moderados esfuerzos acompañado de edema de miembros inferiores, sin otros síntomas cardiovasculares. Ante los hallazgos descritos, se inició manejo específico para falla cardíaca con FEVI reducida. Aunque no se evidenciaron trombos intracavitarios en la resonancia cardíaca, por las características imagenológicas de los eventos isquémicos cerebrales, se discutió en la junta cardiovascular institucional y se decidió iniciar anticoagulación con antagonistas de la vitamina K.

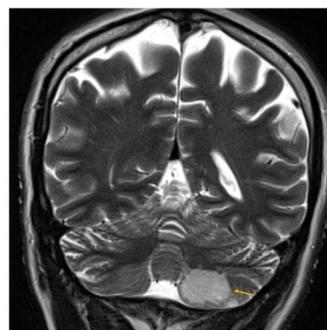


Figura 1. Resonancia magnética de cerebro mostrando hipodensidad cerebelosa izquierda (flecha).

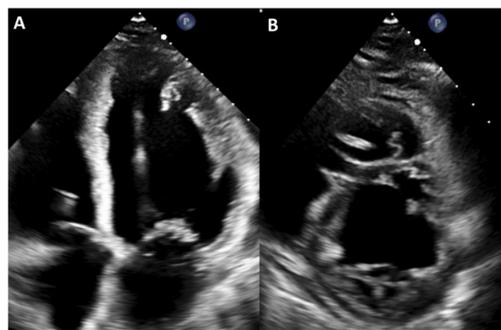


Figura 2. Aumento de las trabeculaciones ventriculares izquierdas. Vista apical 4 cámaras (A). Vista paraesternal eje corto (B).

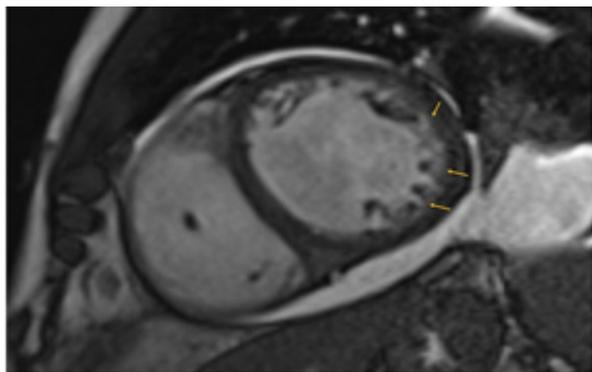


Figura 3. Resonancia cardíaca contrastada. Eje corto mostrando aumento de las trabeculaciones en los segmentos apicales sin zonas de realce sugestivas de isquemia (flechas).

DISCUSIÓN

La cardiomiopatía por no comparación del ventrículo izquierdo (NCVI) es una alteración cardíaca poco frecuente que ocurre con más frecuencia en hombres y aunque puede diagnosticarse en cualquier momento de la vida, la edad promedio en adultos al momento del diagnóstico es 40 años. Existen pocos datos, pero su prevalencia se estima entre 0,05 - 0,24%, aunque algunos autores proponen cifras más altas especialmente con el incremento en el uso de resonancia cardíaca. El diagnóstico se realiza fundamentalmente al observar en las imágenes cardiovasculares, aumento de las trabeculaciones, de los recesos

intertrabeculares y una apariencia de "doble capa" en el miocardio causado por las zonas compactas y no compactas. Ecocardiográficamente, una relación del grosor del miocardio no compactado/compactado mayor a 2:1 al final de la diástole es el criterio más utilizado (Criterio de Jenni). Cuando se usa la resonancia magnética cardíaca, Petersen describió que una relación mayor a 2.3:1 al final de la diástole ofrecía el mejor rendimiento diagnóstico. Además de la falla cardíaca, las arritmias y los eventos embólicos son las principales complicaciones. Aunque no hay criterios claros para definir la anticoagulación, se sugiere en aquellos pacientes con disfunción sistólica, dilatación ventricular o auricular, presencia de contraste espontáneo, trombos intracavitarios y fibrilación auricular. En nuestro caso, a pesar de que no se logró detectar trombo intracavitario, por las características de las lesiones isquémicas cerebrales, la dilatación de cavidades y la disfunción ventricular grave se optó por anticoagular crónicamente.

María Camila Rojas Rubiano¹

Médica General
Medellín, Colombia

Hospital Pablo Tobón Uribe

 <https://orcid.org/0000-0002-3207-1765>

Andrés Miranda Arboleda²

Especialista en Cardiología
Medellín, Colombia

Hospital Pablo Tobón Uribe

 <https://orcid.org/0000-0002-0551-5279>

Yesid Saavedra González³

Especialista en Cardiología
Medellín, Colombia

Hospital Pablo Tobón Uribe

 <https://orcid.org/0000-0002-9249-3222>